

当院使用欄		日付	実施者
患者様 控え	<input type="checkbox"/> 手渡し		
	<input type="checkbox"/> 郵送		
<input type="checkbox"/> 当院（原本保管）			
<input type="checkbox"/> scan（データ保存）			
<input type="checkbox"/> 入金確認			

## 破棄処分依頼書

私は、赤坂レディースクリニックに保存されている凍結卵の破棄処分を依頼します。破棄処分の方法については貴院の方法にお任せします。また破棄による損害など一切求めないことを約束します。なお説明冊子内の、当院規定・注意事項・免責事項について理解し納得しました。

**\* 破棄処分を希望する凍結卵は以下の通りです**

卵	空欄をご記入ください					該当項目に○、もしくは凍結IDをご記入ください						
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】
凍結保存期限		年		月		日	の凍結卵	全て	or	ID【		】

**\* 破棄処分理由は以下の通りです。（※該当項目に☑をしてください）**

<input type="checkbox"/>	自由意志のもとに依頼	
<input type="checkbox"/>	最長保管期間を過ぎたため	例) 50歳を過ぎ、他施設へ移送して保存継続を希望しないなど
<input type="checkbox"/>	離婚・パートナー解消のため	例) 体外受精治療で発生した凍結卵の保存継続を希望しないなど (今後別のパートナーとの治療でも使用を希望しない場合)

医療法人社団江仁会 赤坂レディースクリニック 院長 殿

記入年月日		年		月		日
住所	〒					
氏名（自署）					ID 診察券番号	

※署名は、ご本人が直筆で署名されたものを有効とさせていただきます。